Rzadki przypadek powtórnej laparotomii z powodu niedrożności jelit [1].

Podał prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

Zapewne przypomną sobie szanowni Czytelnicy Przegl. Lek. pierwszy z moich sześciu przypadków ogłoszonych w Nrach 49 i 50 tegoż pisma z ubiegłego roku, z tak pomyślnym przebiegiem, iż młody pacyjent w 10 dni po laparotomii zupełnie zdrów w dniu 29 września 1884 opuścił zakład. Ten sam pacyjent zgłosił się w dniu 16 stycznia rb. z prośbą, aby go ratować tak jak pierwszym razem, gdyż znów jest podobnie chorym. Zapytany o bliższe szczegóły opowiada, że na tydzień przed przybyciem do szpitala, a więc około 8 stycznia rb., zaczął go znowu, podobnie jak pierwszym razem, brzuch pobolewać, co gdy się coraz bardziéj wzmagało a stolca nie było, zniewoliło go udać się do lekarza, który i tym razem różnych używał środków czyszczących, przedewszystkiém lawatyw wydatnych za pomocą przyrządu Hegara, lecz w końcu widząc bezskuteczność tego postępowania radził powtórnie poddać się operacyi, w którymto celu pacyjent w powyżéj wymienionym dniu na mój oddział się zgłosił.—Zestawiwszy te daty anamestyczne ze stanem znalezionym przy badaniu, a mianowicie z brzuchem znacznie wydętym i cieniujące się pętle jelitowe wykazującym, z bra-

[1] Opowiadany na drugiém styczniowém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego rb.

kiem stolca od tygodnia, nudnościami i odbijaniem obok braku podwyższenia ciepłoty ciała musiałem przyjść do przekonania, że tym razem mam do czynienia z tém samém cierpieniem co i przed czterema miesiącami, tj. że jest niedrożność jelita wywołana najprawdopodobniéj skrętem niezwykle przedłużonego i ruchomego jelita esowatego.—Gdy chory zgodził się na proponowaną sobie powtórną laparotomiję, przystąpiłem natychmiast, tj. 17go stycznia rano o godzinie 9téj, do wykonania téjże. Po ukończeniu wszystkich należytych przygotowań i dokładném obmyciu pola operacyjnego, poprowadziłem cięcie o 1 cm. na lewo i równolegle do dawniejszéj w linii białéj przebiegającéj blizny. Otrzewnę znalazłem bladoróżową a w niéj mierną ilość płynu surowiczego jasno-cisawego, po odpłynięciu którego odszukałem odrazu kiszkę esowatą, już mi z poprzedniéj laparotomii jako przyczyna niedrożności znaną, którą téż rzeczywiście znowu znalazłem okręconą około podłużnéj osi swego nader wydłużonego śródjelicia. — Tak ta przerzeczona pętla, jakotéż widoczne pętle jelit cienkich były znacznie rozdęte, same się z rany na zewnątrz wypychające. Celem wykonania odkręcenia jelita esowatego musiałem część jelit cienkich wydobyć na zewnątrz a gdy ich wydęcie było powodem trudnego napowrót wprowadzenia tychże, użyłem tak jak pierwszym razem probierczego trójgrańca, aby naprężenie to znieść. Tym razem jednak snać były jelita silniéj rozdęte, a może i do pewnego stopnia porażone, gdyż otwór w ścianie jelita po wyjęciu trójgrańca nie chciał się zamknąć, tak, iż zmuszony byłem za pomocą szwu krzyżowego i kilku szwów Lembertowskich miejsce to zabezpieczyć. Po dokładném oczyszczeniu rozczynem sublimatu (1:2000) odprowadzono jelita i brzuch zaszyto. Gdy tym razem nie pokazał się stolec odrazu po odkręceniu, jak to miało miejsce podczas pierwszéj laparotomii, przeto jeden z asystujących wprowadził rękę do rzyci i w ten sposób kiszkę do wydalenia kału pobudził w dowód, że przyczyna niedrożności została rzeczywiście usuniętą. Dalszym tego dowodem były odchodzące późniéj wiatry i stolec dobrowolny obfity w nocy z 17 na 18 stycznia. Stan

chorego nie pozostawiał nic do życzenia; bóle ustały, tętno 80 na minutę, zupełna swoboda twarzy, ciepłota 38·2.—Stan ten utrzymywał się przez cały dzień 18 stycznia, dopiero w nocy na 19 zaczął się pacyjent skarżyć na ból i wzdęcie brzucha, osłabienie, któreto przypady w ciągu dnia następnego coraz bardziéj się wzmagały, tętno słabło, odnogi ziębły aż wreszcie w nocy z 19 na 20 stycznia chory życie zakończył.

Przypuszczałem, że zapalenie otrzewny septyczne powstało tu może w skutek pęknięcia szwów na ów otwór po punkcyi założonych i w następstwie dostania się kału do jamy otrzewny.

Oględziny jednak zwłok dokonane w zakładzie prof. Dra Browicza inną wykazały nam przyczynę, mianowicie spostrzeżono po otwarciu jamy brzusznéj następujący stan: w głębi pomiędzy jelitami i w małéj miednicy znaczną ilość płynu żółtawego kałem cuchnącego; jelita osobliwie po stronie prawéj wypociną włóknikową ze sobą pozlepiane. Miejsce w jelicie biodrowém, gdzie było wykonane nakłócie, było oddaloném od kątnicy na przeszło 30 cm. i przedstawiało się jako wyniosły po nad powierzchnię jelita naciek w otrzewnéj wielkości orzecha laskowego, szczelnie ów otwór zatykający. Gdy więc tędy kał nie mógł się wydostać na zewnątrz, trzeba było szukać innego otworu, który rzeczywiście znalazł się ukryty w samym kącie w jelicie biodrowém na trzy palce po nad ujściem jego do kątnicy długości $1\frac{1}{2}$—2 cm. a szerokości $\frac{1}{2}$ cm. o brzegach strzępiastych. Jelito w miejscu tém rozcięte i od strony błony śluzowéj obejrzane okazywało w miejscu przebicia wrzód o brzegach ostro ciętych podminowanych. Najbliższy gruczoł limfatyczny powiększony do wielkości orzecha tureckiego na przekroju rdzenną istotą wypełniony. Śledziona w dwójnasób powiększona, krucha. Kiszka esowata niezwykle długa bo szczytem łuku około 60 cm. długiego aż w okolicę pęcherza sięgająca z łatwością daje się przez podwójne okręcenie sprowadzić do owego patologicznego ułożenia (*volvulus*), znalezionego przy obydwu laparotomijach, przyczém sprostować

tu natychmiast muszę, że dopiero przy sekcyi pokazało się, iż skręt ten dotyczył tylko saméj kiszki esowatéj a nie téjże razem z kiszką zstępującą i poprzeczną jak to w skutek trudnéj oryjentacyi podczas operacyi się zdawało.

Przypadek ten poucza nas: 1) że po wykonanéj laparotomii nie powstają żadne zrosty nawet w miejscu, gdzie robiono nakłócia tak, iż wcale przez to chorego nie zabezpieczamy przed powtórzeniem się choroby. Myślałem wprawdzie już przy pierwszéj laparotomii o przytwierdzeniu niezwykle wydłużonéj pętli esowatéj do przedniéj ściany brzusznéj, lecz wykonanie tego zamiaru w obec nader rozdętych jelit, których samo wprowadzenie do jamy brzusznéj przedstawiało znaczne trudności i wymagało niezwykłych środków, jak punkcyi jelita, nie wydało mi się tak łatwém jak np. przyszycie ruchoméj nerki przez Hahna proponowane i wykonane, gdzie stan jelit prawidłowy żadnych przeszkód nie przedstawia. Oprócz tego wstrzymywała mnie od przedsiębrania tego i ta okoliczność, że przez niestósowne utwierdzenie takiéj pętli mógłbym dać powód do powstania szczeliny pomiędzy pętlą a ścianą brzuszną, w któréj inne pętle jelita, np. cienkiego, mogłyby być uwięźniętemi.

Natomiast dokładne rozpatrzenie się w stosunkach pomienionego stanu patologicznego kiszki esowatéj w niniejszym przypadku po dwakroć za życia, a po raz trzeci przy obdukcyi naprowadza mnie na myśl: 1) że jedynie resekcyja kawałka kiszki esowatéj wraz z jego wydłużoném śródjeliciem mogłaby po należytéj enterorafii najlepiéj odpowiedzieć zamierzonemu celowi; 2) poucza nas daléj, że nasz pacyjet byłby i tym razem przebył szczęśliwie zabieg operacyjny, gdyby podczas gojenia się nie było powstało przebicie jelita przez wrzód durzycowy. Nadto uważam w niniejszym przypadku sprawę durzycową jako taką, która wywołała prawdopodobnie po raz wtóry niedrożność jelit a to w ten sposób, że przy rozdęciu jelit towarzyszącém durzycy ułożyła się kiszka esowata tak, jak przy operacyi znalezioną została.

Że w naszym przypadku w takim niestosunku stoją do siebie przebieg choroby przedoperacyjny i szczegóły znale-

zione przy oględzinach zwłok wytłumaczyć mogę tylko przypuszczeniem owéj najlżejszéj formy duru zwanéj *typhus ambulatorius*, w któréj chorzy oddają się po największéj części swéj pracy zawodowéj i tylko bardzo osłabionymi się czują, a o któréjto formie słusznie wyraża się Kunze, iż anatomicznie tylko wtenczas bywa stwierdzoną, gdy następuje przebicia wrzodu i w skutek tego śmiertelne zapalenie otrzewny. Dopiero w ostatnich czasach udało się nam chirurgom chorobę tę uchwycić na gorącym uczynku, jeżeli się tak wyrazić wolno, mianowicie przy laparotomii. Czy innym chirurgom zdarza się to tak często, nie wiem, przynajmniéj nie znajduję tego w literaturze; lecz tu u nas w Krakowie zdarzyło się to już kilka razy, albowiem kol Mikulicz wykonał laparotomiję w przypadku przebicia się treści jelit przez wrzód do otrzewny, ja zaś obok dopiero co opisanego przypadku skonstatowałem durzycę poprzednio nierozpoznaną także w trzecim z moich poprzednio ogłoszonych sześciu przypadków u Bronisławy B., u któréj kiszka uwięźnięta przez taśmę i z niéj uwolniona przy laparotomii pękła podczas wprowadzenia do jamy brzusznéj. Sekcyja wykazała, że pęknięcie nastąpiło w miejscu wrzodu durzycowego.

Jeżeli więc uwzględnimy, że tyfus może stać się pośrednią przyczyną niedrożności, że on bywa zazwyczaj lekkim a więc przeoczyć się dającym, że w końcu formie téj durzycy towarzyszą pojedyncze ale głębokie i przebiciem grożące wrzody jelita biodrowego w pobliżu kątnicy, to płynie dla nas nauka, aby przy każdéj laparotomii, przedsiębranéj z powodu niedrożności jelit, obejrzeć także okolicę kątnicy i najbliższego odcinka jelita biodrowego, chociażby i przeszkoda odszukaną i usuniętą już była, a to celem przekonania się, czy nie ma miejsca grożącego przebiciem, które w takim razie mogłoby być wyciętém i zaszytém. Na odwrót znaleziona perforacyja jelita nie uwalnia nas jeszcze od przeszukania jamy brzusznéj, w któréj możemy znaleźć jeszcze i właściwą przyczynę niedrożności.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lek."